

介護老人保健施設 恵愛ホーム

【通所リハビリテーション】 利用料金のご案内

令和 6年 6月改定

地域区分6級地(1単位=10.33円での計算となります)

介護保険対象内			1割	2割	3割	摘 要
通所リハビリテーション費 (1時間以上 2時間未満)	要介護1	369	381	762	1143	介護認定によって異なります ※1(以下負担割合により、負担額が変わります) ※2(利用時間の区分に応じて料金が異なります)
	要介護2	398	411	822	1233	
	要介護3	429	443	886	1329	
	要介護4	458	473	946	1419	
	要介護5	491	507	1014	1521	
通所リハビリテーション費 (2時間以上 3時間未満)	要介護1	383	395	790	1185	介護認定によって異なります ※1(以下負担割合により、負担額が変わります) ※2(利用時間の区分に応じて料金が異なります)
	要介護2	439	453	906	1359	
	要介護3	498	514	1028	1542	
	要介護4	555	573	1146	1719	
	要介護5	612	632	1264	1896	
通所リハビリテーション費 (3時間以上 4時間未満)	要介護1	486	502	1004	1506	介護認定によって異なります ※1(以下負担割合により、負担額が変わります) ※2(利用時間の区分に応じて料金が異なります)
	要介護2	565	583	1166	1749	
	要介護3	643	664	1328	1992	
	要介護4	743	767	1534	2301	
	要介護5	842	869	1738	2607	
通所リハビリテーション費 (4時間以上 5時間未満)	要介護1	553	571	1142	1713	介護認定によって異なります ※1(以下負担割合により、負担額が変わります) ※2(利用時間の区分に応じて料金が異なります)
	要介護2	642	663	1326	1989	
	要介護3	730	754	1508	2262	
	要介護4	844	871	1742	2613	
	要介護5	957	988	1976	2964	
通所リハビリテーション費 (5時間以上 6時間未満)	要介護1	622	642	1284	1926	介護認定によって異なります ※1(以下負担割合により、負担額が変わります) ※2(利用時間の区分に応じて料金が異なります)
	要介護2	738	762	1524	2286	
	要介護3	852	880	1760	2640	
	要介護4	987	1019	2038	3057	
	要介護5	1120	1156	2312	3468	
通所リハビリテーション費 (6時間以上 7時間未満)	要介護1	715	738	1476	2214	介護認定によって異なります ※1(以下負担割合により、負担額が変わります) ※2(利用時間の区分に応じて料金が異なります)
	要介護2	850	878	1756	2634	
	要介護3	981	1013	2026	3039	
	要介護4	1137	1174	2348	3522	
	要介護5	1290	1332	2664	3996	
通所リハ提供体制加算1	12	12	24	36	OT・PT等の配置要件を満たす(3時間以上 4時間未満)	
通所リハ提供体制加算2	16	16	32	48	OT・PT等の配置要件を満たす(4時間以上 5時間未満)	
通所リハ提供体制加算3	20	20	40	60	OT・PT等の配置要件を満たす(5時間以上 6時間未満)	
通所リハ提供体制加算4	24	24	48	72	OT・PT等の配置要件を満たす(6時間以上7時間未満)	
サービス提供体制強化加算(I)	22	22	44	66	介護福祉士配置要件等を満たしている場合 に算定されます	
入浴介助加算(I)	40	41	82	123	入浴した場合の加算です	
*1.科学的介護推進体制加算	40	41	82	123	心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。	
中重度ケア体制加算(1日につき)	20	20	40	60	看護・介護職の配置要件等を満たす場合 に算定されます	
介護職員等処遇改善加算 I	所定単位に86/1000を乗じた単位数				区分(I)で算定される加算分になります	

基本料金

※令和3年4月以降で感染症や災害等の影響により、利用者数が5%以上減少した場合、状況に即した安定的なサービス提供を維持する観点から特例措置として、3か月間(延長あり)基本報酬の3%を加算させて頂く場合がございます。

※. 各料金はその方の負担割合に応じて、一部負担額が変わります。お持ちの介護保険負担割合証をご参照下さい。

※. 介護保険料の他に、食事代等、実費負担があります。

※. サービス提供内容や利用料金等は、介護保険の報酬改定により、変更される事があります。

※. 上記は基本料金となります。その方の状態等により、必要に応じて算定される加算の対象となる場合があります。

【通所リハビリテーション】状態に応じて算定される加算

介護保険対象内					摘 要
	1割	2割	3割		
リハビリテーションマネジメント加算イ					積極的なリハビリテーションを行う場合の加算です
6ヶ月以内（1月につき）	560	578	1156	1734	定期的なリハビリテーション会議の実施や指導を行います
6ヶ月超（1月につき）	240	247	494	741	同意日の属する月から加算の対象となります
リハビリテーションマネジメント加算ロ	(*1)を実施				積極的なリハビリテーションを行う場合の加算です
6ヶ月以内（1月につき）	593	612	1224	1836	定期的なリハビリテーション会議の実施や指導を行います
6ヶ月超（1月につき）	273	282	564	846	同意日の属する月から加算の対象となります
リハビリテーションマネジメント加算ハ	(*1)に加え栄養・口腔を実施				積極的なリハビリテーションを行う場合の加算です
6ヶ月以内（1月につき）	830	857	1714	2571	定期的なリハビリテーション会議の実施や指導を行います
6ヶ月超（1月につき）	510	526	1052	1578	同意日の属する月から加算の対象となります
上記の加算に上乗せ	270	278	556	834	事業所の医師が説明・同意を得た場合
入浴介助加算(Ⅱ)	60	61	122	183	評価に基づき、在宅環境に合わせて入浴した場合の加算です
短期集中個別リハビリテーション 実施加算/日(～3ヶ月まで)	110	113	226	339	退所・退院又は初めて要介護認定を受けた日から3ヶ月以内で個別リハビリを受けた場合に算定されます
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算(Ⅰ)/日(～3ヶ月まで)	240	247	494	741	認知症の方で、改善の可能性がある場合に週2回の、個別リハビリテーションを実施した場合に算定されます
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算(Ⅱ)/月(～3ヶ月まで)	1920	1983	3966	5949	認知症の方で、4～8回以上/月、個別リハビリテーションを実施した場合 リハビリテーションマネジメント加算算定の方のみ
栄養アセスメント加算/月	50	51	102	153	栄養状態を説明し、相談等に応じます。(※1実施)
栄養改善加算/回(月2回)	200	206	412	618	管理栄養士が栄養改善サービスを行った場合の加算です
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	20	40	60	6か月毎に口腔・栄養状態を確認します(栄養・口腔と併用不可)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	5	10	15	6か月毎に口腔・栄養状態を確認します(Ⅰ)を算定できない場合です
口腔機能向上加算Ⅰ(月2回まで)	150	154	308	462	口腔の状態を把握し、評価・報告を行います
口腔機能向上加算Ⅱ(月2回まで)	155	160	320	480	(*1)及びリハマネ(ハ)を算定場合の加算です
口腔機能向上加算Ⅲ(月2回まで)	160	165	330	495	(*1)及びリハマネ(ハ)算定しない場合の加算です
退院時共同指導加算(1回につき)	600	619	1238	1857	病院での会議等に、リハビリスタッフが参加した場合算定になります
重度療養管理加算(1日につき)	100	103	206	309	要介護3,4,5に限り、厚生労働大臣が定める状態の方に対して 計画的な医学的管理のもとサービスを提供した場合の算定です
送迎減算(片道につき)	-47	-49	-98	-147	送迎を行わなかった場合の算定になります

【共通・保険対象外料金】

介護保険対象外	金額	摘 要
食費(昼食・おやつ代)	700円	昼食・おやつを準備、提供した場合の料金になります
通所セット	198円	入浴用のタオル貸与です。入浴サービスご利用の方は、通所セットの申し込みが必要となります。(株式会社ブルーピアの管理となります)
オムツ代(使用した場合)	実費	オムツ(130円)、はくタイプ(200円)、尿取りパット(30円)
クラブ活動費	実費	手作業クラブ(1回70円)、書道クラブ(1回250円)、 編み物クラブ(1玉150円)等に参加した場合
行事費	実費	参加した場合
日用品費	実費	食事用エプロン管理(1日5円)、とろみ剤(1日150円)、髪剃り替刃(300円)、 水分補給ゼリー(1本150円)、湿布(1枚20円)、絆創膏(1枚10円)、粘着パット(1枚50円) 他

※. 各料金はその方の負担割合に応じて、一部負担額が変わります。お持ちの介護保険負担割合証をご参照下さい。

※. 介護保険料の他に、食事代等、実費負担があります。

※. サービス提供内容や利用料金等は、介護保険の報酬改定により、変更される事があります。

※. 上記は基本料金となります。その方の状態等により、別途加算対象となる場合があります。

介護老人保健施設 恵愛ホーム

【介護予防通所リハビリテーション】 利用料金のご案内

令和 6年 6月改定

地域区分6級地(1単位=10.33円での計算となります)

介護保険対象内		1割	2割	3割	摘要
介護予防通所リハビリテーション費(12ヶ月以内)	要支援1	2268	2342	4684	(1月につき) (負担割合により、負担額が変わります)
	要支援2	4228	4367	8734	
12か月超利用の未実施減算	要支援1	-120	-124	-248	※規定の要件を満たす場合、対象外となります
12か月超利用の未実施減算	要支援2	-240	-248	-496	
サービス提供体制強化加算(I)	要支援1	88	90	180	介護福祉士配置要件等を満たしている場合に算定されます
	要支援2	176	181	362	
栄養アセスメント加算/月		50	51	102	栄養状態を説明し、相談等に応じます。(科学的実施)
栄養改善加算/月		200	206	412	管理栄養士が栄養改善サービスを行った場合の加算です
退院時共同指導加算(1回につき)		600	619	1238	病院での会議等に、リハビリスタッフが参加した場合算定になります
口腔・栄養スクリーニング加算(I)		20	20	40	6か月毎に口腔・栄養状態を確認します(栄養・口腔と併用不可)
口腔・栄養スクリーニング加算(II)		5	5	10	6か月毎に口腔・栄養状態を確認します(I)を算定できない場合です
口腔機能向上加算 I(月2回まで)		150	154	308	口腔の状態を把握し、評価・報告を行います
口腔機能向上加算 II(月2回まで)		160	165	330	(*1)及び口腔の状態を把握・評価・報告を行います
※1.一体的サービス提供体制強化加算		480	495	990	栄養改善及び口腔機能向上サービスの提供での算定です
*1.科学的介護推進体制加算		40	41	82	心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
介護職員等処遇改善加算 I		所定単位に86/1000を乗じた単位数			区分(I)で算定される加算分になります

基本料金

【共通・保険対象外料金】

介護保険対象外	金額	摘要
食費(昼食・おやつ代)	700円	昼食・おやつを準備、提供した場合の料金になります
通所セット	198円	入浴用のタオル貸与です。入浴サービスご利用の方は、通所セットの申し込みが必要となります。(株式会社ブルーピアの管理となります)
オムツ代(使用した場合)	実費	オムツ(130円)、はくタイプ(200円)、尿取りパット(30円)
クラブ活動費	実費	手作業クラブ(1回70円)、書道クラブ(1回250円)、編み物クラブ(1玉150円)等に参加した場合
行事費	実費	参加した場合
日用品費	実費	食事用エプロン管理(1日5円)、とろみ剤(1日150円)、髪剃り替刃(300円)、水分補給ゼリー(1本150円)、湿布(1枚20円)、絆創膏(1枚10円)、粘着パット(1枚50円) 他

※. 各料金はその方の負担割合に応じて、一部負担額が変わります。お持ちの介護保険負担割合証をご参照下さい。

※. 介護保険料の他に、食事代等、実費負担があります。

※. サービス提供内容や利用料金等は、介護保険の報酬改定により、変更される事があります。

※. 上記は基本料金となります。その方の状態等により、別途加算対象となる場合があります。